·论著·

基于聚类分析的农村女性孕期自我管理类型及特征研究

陈俊屿[1]，韩广莉[2]，李春宏[3]，陈衣迪[3]，杨娜娜[4]，罗小茜[1*]

1.163000 黑龙江省大庆市，哈尔滨医科大学（大庆）护理学院
2.163000 黑龙江省大庆市红岗人民医院妇产科
3.151400 黑龙江省绥化市安达市妇幼保健院妇产科
4.130021 吉林省长春市，吉林大学中日联谊医院妇产科
*通信作者：罗小茜，讲师；E-mail：luoxiaoxi@hum.edu.cn

【摘要】 **背景** 农村孕期女性自我管理水平较低且存在个体差异，应进一步针对其自我管理行为特征进行群组划分。**目的** 从农村孕期女性自我管理角度分析其类型及特征，为提出针对性的管理策略提供参考。**方法** 于2023年1—8月，采取便利抽样方法选取黑龙江省绥化市、黑龙江省大庆市和吉林省长春市农村孕期女性470例作为调查对象，采用一般资料调查表、孕妇自我管理量表、一般自我效能量表、内部动机量表、孕期保健知识量表对其进行调查，采用SPSS 25.0的聚类分析方法进行分类，比较不同类型农村孕期女性的一般特征。**结果** 被调查的农村孕期女性自我管理行为总分为（70.2±16.4）分；最佳聚类为4种类型，分别为Ⅰ类低认知不参与型（n=119，25.32%）、Ⅱ类指导合作型（n=138，29.36%）、Ⅲ类监督引导型（n=88，18.72%）、Ⅳ类主动参与型（n=125，26.60%）。4种类型的农村孕期女性在教育程度、职业、年收入情况、孕次、孕周、是否计划内怀孕、有无慢性病史以及有无妊娠合并症方面比较，差异均有统计学意义（P<0.05）；4种类型在自我管理各维度得分的比较中，遵医行为维度和胎儿监护行为管理维度差异具有统计学意义（P<0.05）。**结论** 基于聚类分析确定的4种农村孕期女性自我管理类型间具有较高的异质性，可根据不同类型制定针对性的干预措施，以进一步提升农村孕期女性自我管理能力，优化孕期保健服务。

【关键词】 孕期；自我管理；孕期管理；农村；聚类分析
【中图分类号】 R 197.1 【文献标识码】 A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2024.0292

Classification Study of Self-management Types among Pregnant Women in Rural Areas Based on Cluster Analysis

CHEN Junyu[1]，*HAN Guangli*[2]，*LI Chunhong*[3]，*CHEN Yidi*[3]，*YANG Nana*[4]，*LUO Xiaoxi*[1*]
1.School of Nursing，Harbin Medical University（Daqing），Daqing 163000，China
2.Gynaecology and obstetrics，Honggang People's Hospital，Daqing 163000，China
3.Gynaecology and obstetrics，Anda Maternal and Child Health Hospital，Suihua 152400，China
4.Gynaecology and obstetrics，China-japan Friendship Hospital，Changchun 130021，China
Corresponding author：LUO Xiaoxi，Lecturer；E-mail：luoxiaoxi@hum.edu.cn

【Abstract】 **Background** In rural areas，the self-management levels of pregnant women not only remain generally low but also vary significantly among individuals，thereby necessitating a detailed investigation into their behavioral patterns to facilitate their classification into distinct groups. **Objective** This analysis explores the types and characteristics of self-management among pregnant women in rural areas to provide references for devising targeted management strategies. **Methods** From January to August 2023，a convenience sampling method was employed to select 470 rural pregnant women from Suihua City and Daqing City in Heilongjiang Province，and Changchun City in Jilin Province. Surveys were conducted using a general data questionnaire，a self-management scale for pregnant women，a general self-efficacy scale，an internal motivation scale，and a prenatal care knowledge scale. Cluster analysis was performed using SPSS 25.0 to classify the subjects into different types

基金项目：国家自然科学基金资助项目（72204064）
引用本文：陈俊屿，韩广莉，李春宏，等. 基于聚类分析的农村女性孕期自我管理类型及特征研究［J］. 中国全科医学，2025. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2024.0292.［Epub ahead of print］［www.chinagp.net］
CHEN J Y，HAN G L，LI C H，et al. Classification study of self-management types among pregnant women in rural areas based on cluster analysis［J］. Chinese General Practice，2025.［Epub ahead of print］

based on their self-management traits and compare their general characteristics. **Results** It was found that the total score for self-management behaviors among the surveyed rural pregnant women stood at (70.2 ± 16.4). Four distinct types were identified through optimal clustering: Type Ⅰ, characterized by low awareness non-participants (25.32%, n=119); Type Ⅱ, those who engage through guided cooperation (29.36%, n=138); Type Ⅲ, those under supervised directive (18.72%, n=88); and Type Ⅳ, proactive participants (26.60%, n=125). Noteworthy are the significant statistical differences that emerged across such variables as educational backgrounds, occupations, annual incomes, number of pregnancies, gestational weeks, whether pregnancies were planned, histories of chronic diseases, and complications during pregnancy among the four types (P<0.05). Furthermore, the comparison of scores across different self-management dimensions revealed significant statistical differences, with adherence to medical advice scoring the highest and fetal monitoring behavior scoring the lowest (P<0.05). **Conclusion** The four types of self-management among rural pregnant women identified through cluster analysis exhibit significant heterogeneity. Tailored intervention measures can be developed based on these types to further enhance self-management capabilities and optimize prenatal care services.

【Key words】 Pregnant women; Self-management; Pregnancy management; Rural; Cluster analysis

伴随社会经济的发展以及国家基本公共卫生服务政策的日趋完善，我国的妇幼健康水平得到极大的改善，妇女参与决策和管理的途径更加多元。与不断扩大的孕期保健覆盖范围相比较，规范孕期保健参与率上升缓慢，且农村地区远落后于平均水平，弃检、少检、项目漏检等问题频发。造成该现象的主要原因是忽视孕期女性在孕期保健中的主体地位，弱化自我管理在孕期保健中所发挥的重要作用，其责任人意识也未能得到充分发挥。同时自我国全面开放三孩政策以来，孕产妇数量激增，与城镇地区相比，我国农村地区受孕期女性人口基数、地域跨度、孕产保健资源分配及医疗水平发展等硬性条件的制约，医务人员与孕期女性比例严重失衡[1]，个性化的孕期保健服务在农村难以推及，妇幼健康需求无法得到满足。如能根据农村孕期女性自我管理水平将其划分不同群组，继而给予针对性群组匹配管理模式，对于节约我国医疗卫生资源，提高医疗资源的利用效率，缓解上级医疗机构压力具有重要意义。

班杜拉[2]于1977年提出自我效能理论，用以解释特殊情景下动机产生的原因。对于孕期女性来说，其自我管理行为与其自身自我效能密切相关[3-5]，其个人的直接性经验即孕期保健相关知识是影响其自我效能的最重要因素，将直接影响到孕期女性自我管理行为动机，并最终影响孕期女性自我管理行为[6-7]。因此，本研究基于班杜拉自我效能理论，以农村孕期女性孕期保健知识、动机、自我效能特征为依据进行聚类分组，划分并探讨农村孕期女性自我管理行为类型。通过聚类分组可以实现对农村女性基于孕期保健自我管理行为关键要素及相互关系的划分，一定程度上克服了依据经验法则分类的主观性，为基于自我管理行为规律细分农村孕期女性、刻画群组特征提供了实证依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象

于2023年1—8月，采取便利抽样方法，选取黑龙江省绥化市安达市下辖村、黑龙江省大庆市红岗区下辖村和吉林省长春市二道区下辖村农村孕期女性为调查对象，通过上级妇幼保健机构下乡义诊巡诊以及建档立卡过程进行招募。纳入标准：（1）怀孕女性；（2）农村常驻人口，居住时间≥2年；（3）年龄15~49周岁；（4）有基本的阅读能力和理解能力；（5）自愿参加并签署知情同意书。排除标准：（1）智力低下、精神疾患、语言障碍及其他无法配合者；（2）拒绝参与本次调查者。本次调查共发放问卷481份，回收有效问卷470份，有效问卷回收率为97.71%。

1.2 方法

1.2.1 研究工具

1.2.1.1 一般情况调查表：根据前期文献回顾，自行编制农村孕期女性一般情况调查表，由人口学特征、妊娠特征、临床疾病特征三部分组成。

1.2.1.2 孕妇自我管理量表：孕妇自我管理量表由李金芝等[8]于2013年编制，用于评估孕妇的自我管理水平。该量表包括4个维度，即日常生活行为管理维度、胎儿监护行为管理维度、遵医行为维度和自我防护行为管理维度，每条目计分1~5分，总分25~125分，分数越高，代表孕妇自我管理能力越强，该量表的Cronbach's α系数为0.926。

1.2.1.3 一般自我效能量表中文版（General Self-Efficacy Scale，GSES）：GSES由Schwarzer学者编制，王才康[9]于2001年翻译修订其中文版，该量表共有10个条目，1~4分分别代表从“完全不正确”到“完全正确”，得分越高，自我效能感越好，该量表的Cronbach's α系数为0.87。

1.2.1.4 内部动机量表：内部动机量表由Van Yperen和Hagedoorn编制，林丽容[10]译制，该量表包括了解该

项活动的内部动机、完成该项活动的内部动机和提升经验的内部动机 3 个维度 12 个条目，从“非常不同意”至“非常同意”分别计 1~5 分，总分 12~60 分，分数越高提示内部动机越强，该量表的 Cronbach′s α 系数为 0.974。

1.2.1.5 孕期保健知识量表：孕期保健知识量表由张凯等[11]开发，包括妊娠期危险症状、家庭自我检测、住院有无准备等方面，根据回答是否正确赋分，回答正确计 1 分，错误计 0 分，正向评分条目为 11 个，反向评分条目为 8 个，量表总分为 19 分，量表的 Cronbach′s α 系数为 0.791。

1.2.2 资料收集方法：由研究者对 2 名调查员进行统一培训，要求其在收集资料之前严格按照纳入标准筛选调查对象，同时签署知情同意书。调查员向调查对象详细介绍本研究的目的及意义，指导其填写问卷。问卷收回后，调查员当场核对有无漏填及填写不清的题项，及时进行补充。

1.3 统计学方法

采用 SPSS 25.0 软件进行统计学分析，符合正态分布的计量资料采用（$\bar{x} \pm s$）表示，非正态分布的计量资料采用 M（P_{25}，P_{75}）表示；计数资料采用频数和百分比表示，进行描述性统计。采用聚类分析中的两阶聚类法（Two Step Cluster，TSC）确定最佳聚类个数，再通过 K- 均值聚类分析进行不同类型归类。采用 χ^2 检验比较不同类型孕期女性的一般资料特征，采用单因素方差分析和非参数检验比较不同类型孕期女性的自我管理得分。以 P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 农村孕期女性自我管理聚类分析及类型

根据班杜拉的自我效能理论及聚类分析结果，将农村孕期女性划分为 4 个亚群（图 1）。将不具有孕期保健知识储备，从而无法激发孕期自我管理效能继而无法产生自我管理行为改变内在动机的农村孕期女性命名为Ⅰ类低认知不参与型（n=119，25.32%）。将具备一定的孕期保健知识，但其自我效能感低，无法将已掌握的孕期保健知识转化为正确的主观评估，继而无法做出正确孕期决策判断的农村孕期女性命名为Ⅱ类指导合作型（n=138，29.36%）。将具备一定孕期保健知识储备，且具有良好的孕期自我管理效能，但缺乏参与到自身孕期保健管理的内在动机的农村孕期女性命名为Ⅲ类监督引导型（n=88，18.72%）。将具备良好的孕期保健知识、自我效能以及较高的自我管理行为动机的农村孕期女性命名为Ⅳ类主动参与型（n=125，26.60%）。

不同类型农村孕期女性自我管理量表总分、日常生活行为管理维度、自我防护行为维度评分比较，差异均无统计学意义（P>0.05）；不同类型农村孕期女性胎儿监护行为管理维度、遵医行为维度评分比较，差异均有统计学意义（P<0.05），见表 1。

2.2 农村孕期女性自我管理类型特征分析

4 类农村孕期女性在教育程度、有无职业、年收入情况、孕次、孕周、是否计划内怀孕、有无慢性病史、有无妊娠合并症方面比较，差异均有统计学意义（P<0.05），见表 2。

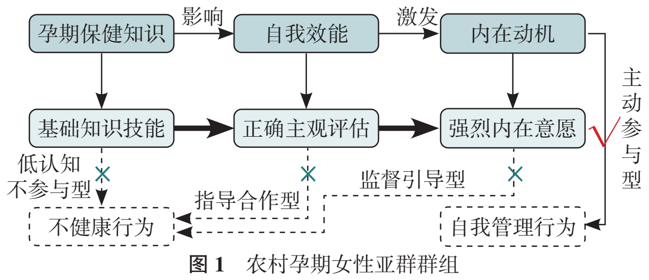


图 1 农村孕期女性亚群群组
Figure 1 Subgroups of pregnant women in rural areas

3 讨论

3.1 农村孕期女性自我管理类型间具有较高的异质性

孕期女性作为孕期保健的参与主体，是孕期保健自我管理的第一责任人，其个人因素直接影响最终医疗决策，而良好的孕期自我管理能力对于维护母婴健康具有重要意义[12]。本研究显示，农村孕期女性自我管理类

表 1 农村孕期女性自我管理各维度得分比较（分）
Table 1 Comparison of self-management scores in various dimensions among four types of pregnant women in rural areas

组别	例数	总分［M（P_{25}，P_{75}）］	日常生活行为管理［M（P_{25}，P_{75}）］	胎儿监护行为管理（$\bar{x} \pm s$）	遵医行为（$\bar{x} \pm s$）	自我防护行为［M（P_{25}，P_{75}）］
低认知不参与型	119	70.0（61.0，77.0）	71.9（65.6，81.3）	59.6 ± 21.2	73.9 ± 20.2	71.9（62.5，84.4）
指导合作型	138	67.0（55.0，79.5）	65.6（56.3，81.3）	61.2 ± 20.2	77.2 ± 17.9	65.6（53.1，81.3）
监督引导型	88	71.0（58.0，82.0）	71.9（59.4，84.4）	65.4 ± 22.2	70.7 ± 21.8	71.9（59.4，84.4）
主动参与型	125	71.5（61.0，82.0）	75.0（62.5，84.4）	67.0 ± 19.6	77.4 ± 17.6	71.9（59.4，84.4）
Z（F）值		3.524	6.885	2.842[a]	3.144[a]	5.786
P 值		0.318	0.076	0.037	0.025	0.122

注：[a] 为 F 值。



表 2 4 类农村孕期女性一般资料比较［例（%）］

Table 2 Comparison of general data among four types of pregnant women in rural areas

组别	例数	年龄（岁）				教育程度				职业	
		<20	20~29	30~39	≥ 40	小学及以下	初中	高中	大学 / 专及以上	有	无
低认知不参与型	119	2（1.7）	49（41.2）	65（54.6）	3（2.5）	22（18.5）	44（37.0）	22（18.5）	31（26.0）	43（36.1）	76（63.9）
指导合作型	138	1（0.7）	61（44.2）	73（52.9）	3（2.2）	12（8.7）	46（33.3）	18（13.0）	62（45.0）	51（37.0）	87（63.0）
监督引导型	88	1（1.1）	30（34.1）	52（59.1）	5（5.7）	3（3.4）	25（28.4）	16（18.2）	44（50.0）	36（40.9）	52（59.1）
主动参与型	125	0	61（48.8）	63（50.4）	1（0.8）	2（1.6）	19（15.2）	11（8.8）	93（74.4）	81（64.8）	44（35.2）
χ^2 值		10.872				71.064				27.791	
P 值		0.285				<0.001				<0.001	

组别	年收入（万元）				是否有医保		婚姻		是否计划内怀孕	
	<1	1~5	6~10	>10	是	否	未婚	已婚	是	否
低认知不参与型	9（7.6）	43（36.1）	53（44.5）	14（11.8）	103（86.6）	16（13.4）	2（1.7）	117（98.3）	78（65.5）	41（34.5）
指导合作型	8（5.8）	49（35.5）	52（37.7）	29（21.0）	120（87.0）	18（13.0）	4（2.9）	134（97.1）	108（78.2）	30（21.8）
监督引导型	12（13.6）	21（23.9）	26（29.5）	29（33.0）	80（90.9）	8（9.1）	3（3.4）	85（96.6）	70（79.5）	18（20.5）
主动参与型	9（7.2）	21（16.8）	47（37.6）	48（38.4）	105（84.0）	20（16.0）	5（4.0）	120（96.0）	110（88.0）	15（12.0）
χ^2 值	38.837				2.163		1.204		18.088	
P 值	<0.001				0.539		0.752		<0.001	

组别	孕次（次）				受孕方式		孕周（周）		
	1	2	3	4 次及以上	自然受孕	人工受孕	≤ 12	13~28	>28
低认知不参与型	53（44.5）	34（28.6）	17（14.3）	15（12.6）	118（99.2）	1（0.8）	72（60.5）	21（17.6）	26（21.9）
指导合作型	69（50.0）	37（26.8）	18（13.0）	14（10.2）	136（98.6）	2（1.4）	32（23.2）	41（29.7）	65（47.1）
监督引导型	49（55.7）	20（22.7）	15（17.0）	4（4.6）	86（97.7）	2（2.3）	23（26.1）	19（21.6）	46（52.3）
主动参与型	89（71.2）	28（22.4）	4（3.2）	4（3.2）	119（95.2）	6（4.8）	24（19.2）	22（17.6）	79（63.2）
χ^2 值	30.115				4.961		70.565		
P 值	<0.001				0.175		<0.001		

组别	遗传病史[a]		慢性病史[b]		不良孕产史[c]		合并症[d]	
	有	无	有	无	有	无	有	无
低认知不参与型	2（1.7）	117（98.3）	12（10.1）	107（89.9）	9（7.6）	110（92.4）	15（12.6）	104（87.4）
指导合作型	4（2.9）	134（97.1）	5（3.6）	133（96.4）	4（2.9）	134（97.1）	6（4.3）	132（95.7）
监督引导型	1（1.1）	87（98.9）	1（1.1）	87（98.9）	3（3.4）	85（96.6）	5（5.7）	83（94.3）
主动参与型	5（4.0）	120（96.0）	6（4.8）	119（95.2）	4（3.2）	121（96.8）	18（14.4）	107（85.6）
χ^2 值	2.192		9.598		4.315		10.708	
P 值	0.534		0.022		0.229		0.013	

注：[a] 为高血压、冠心病、糖尿病、哮喘等；[b] 为慢性支气管炎、高血压、慢性肺源性心脏病、慢性胃炎、慢性胰腺炎、肿瘤类疾病等；[c] 为自然流产、早产、胚胎停育、胎儿畸形等；[d] 为妊娠期高血压、妊娠期糖尿病、妊娠期贫血、妊娠期心脏病等。

型可分为 4 种，且不同自我管理类型间具有较高的异质性。班杜拉自我效能理论指出，自我效能感是个人对自己完成某方面任务能力的主观评估，评估的结果将直接影响到个体的行为动机，继而关系其最终的行为决策，而自我效能感的形成与变化又受到多种信息源的影响，这其中影响最大的即为个人的直接性经验。知识储备作为个人的直接性经验是孕期自我管理行为形成和转变的基础，能够激发孕期女性自我效能，而自我效能又是产生行为动机的内在驱动力。根据班杜拉自我效能理论，将农村孕期女性划分为 4 种类型，分别为Ⅰ类低认知不参与型、Ⅱ类指导合作型、Ⅲ类监督引导型、Ⅳ类主动参与型。由此可见，农村孕期女性自我管理能力仍有一定上升空间且存在群组差异，医护人员可针对不同自我管理类型的农村孕期女性，充分发挥自身教育者、合作者、指导者、监督者、引导者角色，补足其自我管理短板，稳定自我管理长板，给予针对性的群组干预，丰富孕期知识储备，提高自我效能，充分调动农村孕期女性参与孕期保健自我管理的内在动机，从而提升整体自我管理能力。

3.2 农村孕期女性自我管理类型及特征分析

3.2.1 Ⅰ类：低认知不参与型。本研究中，近 1/4（*n*=119，25.32%）的孕期女性属于低认知不参与型，其自我管理平均得分为（69.7 ± 17.2）分。该类孕期女性主要表现为孕期保健知识缺乏，自我效能低下以及内部动机

的缺失。该类人群以低文化程度（初中及以下学历，55.5%）和家庭收入较低（年收入 <10 万元，88.2%）的农村孕期女性居多。既往研究显示，文化程度和经济水平是孕期女性自我管理能力重要影响因素，较低的文化程度和经济水平将影响女性孕期知识的获取路径及孕期保健服务的参与率和利用程度，自我效能感低，内在驱动力不足[13-15]。针对该类农村孕期女性，医护人员应充分发挥自身教育者角色，以传授孕期保健知识，培训孕期自助技能为要点，促进其对围孕期保健、疾病预防、情绪疏导等相关知识的掌握，提高其对孕期自助检查和胎儿监测技能的操作能力，以期提高该类孕期女性的孕期知识素养及自我效能水平，激发其自我管理行为动机，继而改善其自我管理行为现状。

3.2.2 Ⅱ类：指导合作型。本研究中，29.36% 的孕期女性属于指导合作型，其自我管理平均得分为（70.6 ± 14.6）分。该类孕期女性具备一定的孕期保健知识，但无法将已掌握的保健知识转化为正确的主观评估。该类孕期女性特点为文化程度较高（大学 / 专及以上学历，45.0%）、有计划怀孕（78.2%）、无妊娠合并症（95.7%）。针对该类农村孕期女性，医护人员应充分发挥自身指导者角色，以强化孕期保健知识和巩固孕期保健操作技能为要点，一方面针对孕期常见问题和误区进行强化教育：如“孕期肥胖是正常的”“孕期不能吃药”“孕期应完全避免性生活”“超声检查对胎儿有辐射”等，另一方面巩固孕期保健自助检查技能，识别危险指征，以期提高该类孕期女性对已掌握的孕期保健知识及相关技能做出正确主观评估的能力，从而最大限度激发其自我管理行为动机，提高自我管理水平。

3.2.3 Ⅲ类：监督引导型。本研究中，18.72% 的孕期女性属于监督引导型，其自我管理平均得分为（68.3 ± 18.0）分。该类孕期女性孕期保健知识和自我效能良好，但是自我管理行为的内在动机不足，从而影响其规范参与孕期保健的依从性。该类孕期女性特点为自然受孕为主（97.7%）、有医保（90.9%）、无妊娠合并症（94.3%）、无遗传病史（98.9%）、无慢性病史（98.9%）。针对该类人群，医护人员应充分发挥自身引导者、监督者角色，以开展孕期保健警示教育，正向积极引导为要点，给予农村孕期女性积极正向的引导，充分动员家庭成员，加强外部监督力量，同时深入开展孕期保健警示教育：如妊娠期高血压对母婴的危害、妊娠期糖尿病延误治疗的不良影响、出生缺陷的危险因素等，以期激发该类孕期女性自我管理行为的内在动机，继而促进良好的孕期女性自我管理行为。

3.2.4 Ⅳ类：主动参与型。本研究中，26.60% 的孕期女性属于主动参与型，其自我管理平均得分为（72.9 ± 15.3）分。该类孕期女性具备较高的孕期保健知识水平、自我效能以及强烈的内在动机。该类人群教育程度普遍较高（大学 / 专及以上，74.4%）、收入水平较高（年收入 >10 万元，38.4%）、有计划进行怀孕（88.0%）。针对此类农村孕期女性，医护人员应充分发挥自身合作者角色，以普及孕期教育，维持孕期女性自我管理水平为要点，与农村孕期女性紧密合作，相互配合，共同完善其自我管理行为欠缺之处，以期保持该类孕期女性良好自我管理行为长期处于稳定水平。

4 小结

本研究基于聚类分析，从农村女性自我管理角度分析其存在的类型及特征，但是孕期自我管理行为是长期、动态的，孕期女性的自我管理行为可能会随着孕期不同阶段而发展变化，如能在后续研究中将农村孕期女性自我管理行为的不同类型与时间维度结合，并针对不同群组给予动态、适配的干预方案将具有一定的现实意义。

作者贡献：陈俊屿负责研究的构思与设计，结果分析与解释，撰写论文；韩广莉，李春宏进行数据的收集与整理，统计学处理，图、表的绘制与展示；陈衣迪，杨娜娜进行论文的修订；罗小茜负责研究的实施，文章的质量控制与审查，最终版本修订，对研究及文章整体负责，监督管理。

本文无利益冲突。

陈俊屿 https://orcid.org/0009-0003-9941-6005

参考文献

[1] 林春梅 . 福州地区高职助产专业人才需求调研及分析［J］. 中国标准化，2021（24）：210-212.

[2] BANDURA A. Self-efficacy：toward a unifying theory of behavioral change［J］. Psychol Rev，1977，84（2）：191-215. DOI：10.1037//0033-295x.84.2.191.

[3] 祝莉，陈莉，蔡锋成 . 妊娠期糖尿病孕妇自我管理行为及影响因素分析［J］. 健康研究，2023，43（4）：415-420. DOI：10.19890/j.cnki.issn1674-6449.2023.04.011.

[4] 魏榕，刘鑫，谭英葵，等 . 基于自我效能的集中群组保健模式对妊娠期糖尿病孕妇妊娠结局的影响［J］. 护理实践与研究，2023，20（14）：2153-2158. DOI：10.3969/j.issn.1672-9676.2023.14.018.

[5] 费丹 . 妊娠期高血压孕妇自我管理能力现状及影响因素分析［J］. 当代护士，2023，30（4）：38-41. DOI：10.19791/j.cnki.1006-6411.2023.04.010.

[6] TANG F M，ZHONG X Y，LIU S X，et al. Pathway analysis of the impact of health literacy，social support and self-efficacy on self-management behaviors in pregnant women with gestational diabetes mellitus［J］. Front Public Health，2023，11：1188072. DOI：10.3389/fpubh.2023.1188072.

[7] 常进科，张俊绘，赵文芳，等 . 孕妇体重自我管理动机水平的影响因素分析［J］. 预防医学，2022，34（9）：946-950. DOI：10.19485/j.cnki.issn2096-5087.2022.09.017.



［8］李若云，李金芝．孕妇自我管理量表的编制与评价［J］．医学理论与实践，2013，26（19）：2655-2656. DOI：10.3969/j.issn.1001-7585.2013.19.093.

［9］王才康，胡中锋，刘勇．一般自我效能感量表的信度和效度研究［J］．应用心理学，2001，7（1）：37-40. DOI：10.3969/j.issn.1006-6020.2001.01.007.

［10］林丽容．变革型领导与员工反馈寻求行为：内部动机、组织美德与工作复杂性的作用［D］．厦门：厦门大学，2019.

［11］张凯．延边地区孕妇健康状况、保健知识、保健行为的相关性研究［D］．延吉：延边大学，2014. DOI：10.7666/d.D01167313.

［12］杨柳，武晴晴，刘倩楠，等．孕产妇孕期体重认知与行为管理调查分析［J］．中国妇幼保健，2017，32（15）：3616-3618. DOI：10.7620/zgfybj.j.issn.1001-4411.2017.15.75.

［13］刘育平．子痫前期患者孕期自我管理能力水平及其相关影响因素分析［J］．临床护理杂志，2023，22（4）：46-48. DOI：10.3969/j.issn.1671-8933.2023.04.014.

［14］胡荣，郭洪花，李彤，等．妊娠期糖尿病女性产后自我管理现状及影响因素分析［J］．现代预防医学，2022，49（13）：2360-2365. DOI：10.20043/j.cnki.MPM.202110571.

［15］汪瑶，徐纯，方铜．妊娠期糖尿病孕妇自我管理水平现状及其影响因素分析［J］．现代临床医学，2024，50（1）：43-46. DOI：10.11851/j.issn.1673-1557.2024.01.013.

（收稿日期：2024-05-18；修回日期：2024-11-02）

（本文编辑：贾萌萌）